

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**PATRÍCIA HELEN ABREU SILVA**

**QUEDA EM IDOSOS: IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO EM  
UM MUNICÍPIO NO ESTADO DO MARANHÃO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**PATRICIA HELEN ABREU SILVA**

**QUEDA EM IDOSOS: IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO EM  
UM MUNICÍPIO NO ESTADO DO MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora:** DR<sup>a</sup>. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **QUEDA EM IDOSOS: IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO EM UM MUNICÍPIO NO ESTADO DO MARANHÃO** de autoria da aluna Patrícia Helen Abreu Silva foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

## **DEDICATÓRIA**

À Deus pela sua infinita bondade;

A minha família e meu amado filho Guimarães Neto em especial e a minha Orientadora DR<sup>a</sup>. Lucieli Dias Pedreschi Chaves, pela dedicação e paciência.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 OBJETIVOS .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>8</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Envelhecimento .....</b>	<b>9</b>
<b>2.2 Quedas na terceira idade .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3 Atendimento ao trauma/queda em urgência e emergência .....</b>	<b>12</b>
<b>2.4 Medidas Preventivas .....</b>	<b>13</b>
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 População alvo .....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Período .....</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Estratégias do Plano de ação .....</b>	<b>14</b>
<b>3.4 Organização e Planejamento .....</b>	<b>15</b>
<b>3.5 Atividades a serem desenvolvida .....</b>	<b>15</b>
<b>3.6 Competência .....</b>	<b>16</b>
<b>3.7 Sistema de Controle .....</b>	<b>16</b>
<b>3.8 Impactos Gerados .....</b>	<b>16</b>
<b>3.9 Considerações Éticas .....</b>	<b>17</b>
<b>4 CRONOGRAMA .....</b>	<b>17</b>
<b>5 PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA/ FINANCIAMENTO .....</b>	<b>18</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>20</b>

## **RESUMO**

O presente trabalho trata de um plano de ação para redução de quedas na terceira idade no município de Lago da Pedra – MA. Será desenvolvido no próprio município, juntamente com parceria da Secretaria Municipal de Saúde, Educação e Organização não-Governamentais, com o objetivo de reduzir este agravo na terceira idade. Folders, panfletos e cartazes serão confeccionados e distribuídos em pontos estratégicos, palestras, reunião de grupo, estudo de caso, orientação à população também são atividades que englobam o plano. Acredita-se que com o acompanhamento dos idosos, familiares e disseminação de informações de prevenção, teremos uma redução considerável desse agravo no município, visto que atualmente 2/3 da população idosa sofrem esse tipo de ocorrência.

Palavras-Chaves: Redução, queda, terceira idade.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, as quedas e as fraturas são ocorrências relativamente comuns em pessoas idosas, sendo que cerca de dois terços dos idosos residentes no Município de Lago da Pedra-MA cai ao ano, e esta condição é mais frequente na faixa etária acima de 80 anos de idade, considerado como um problema de saúde pública relevante, devido ao crescente processo de longevidade da população brasileira e a dificuldade de continuidade do atendimento a estes pacientes em decorrência de cirurgias específicas que devem ser reguladas por uma Central de leitos instituída no Estado do Maranhão.

Com o aumento da expectativa de vida, ocorrido ao longo dos últimos anos, devido, principalmente aos avanços da medicina, o grupo de idosos é o considerado o subgrupo de crescimento mais rápido. O número de idosos que vivem sozinhos na comunidade esta crescendo, o isolamento social é um problema frequente, e cerca de 45% das pessoas com mais de 65 anos apresentam alguma limitação no desempenho das atividades da vida diária, e aqueles acima de 85 anos, 60% apresentam tais limitações. Estas limitações podem provocar alterações na qualidade de vida dos indivíduos, e algumas vezes causa dependência de outros para a execução de suas tarefas diárias (CADELORO; SILVA, 2013).

Com o avanço da faixa etária, as mudanças provocadas pelas patologias associadas que afetam os múltiplos sistemas do organismo que controlam o equilíbrio, a locomoção, a mobilidade e a marcha, o risco de quedas nas pessoas idosas aumentam consideravelmente.

A causa da maioria das quedas é multifatorial, decorrente de um somatório de fatores relacionados ao próprio indivíduo, às suas condições de saúde, as do meio ambiente. Sendo que um terço das quedas é provocado por fator ambiental bem específico, por um problema pontual na saúde do idoso ou por ambos os fatores. (SOUZA, 2003).

Diferentes estudos científicos realizados por vários autores referem que cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano. Taxa aumentada para 40% entre idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (BRASIL, 2007; SOUZA, 2003).

O sexo feminino tem uma prevalência maior, sendo que a partir dos 75 anos as frequências se igualam. Acima dos 85 anos é menos frequente, provavelmente por a atividade física ser reduzida, a fragilidade estar aumentada e muitos estarem acamados. (BRASIL, 2007).

Quanto mais frágil o paciente, mais suscetível é a quedas, apresentando uma gravidade probabilidade maior de fratura. A fratura é a lesão relacionada às quedas mais comumente, sendo as mais frequentes as de coluna vertebral, quadril, fêmur, punho, costelas e cabeça, podendo as mesmas, como consequência, alterar de forma parcial ou permanente o nível funcional e a independência das pessoas idosas. São as principais causas de fraturas: traumatismos, as quedas, metástases de câncer, osteoporose, doença esquelética, sendo considerada mais graves as de corpos vertebrais e quadril que causam maiores complicações e custos financeiros e psicológicos para o próprio idoso e sua família e maiores custos sociais para o SUS (OLIVEIRA, 2002).

A osteoporose é considerada principal fator de risco às fraturas produzidas ou não por queda. É conceituada como uma desordem esquelética crônica e progressiva, de origem multifatorial, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento de fratura, tanto nos homens como nas mulheres, principalmente após a menopausa. (PEREIRA; MENDONÇA, 2006).

A incidência de osteoporose primária (tipo I ou pós-menopausa) acomete mais mulheres de 51 a 75 anos e a osteoporose secundária (Tipo II ou senil) mais comum entre 70 a 85 anos de idade (OLIVEIRA, 2002). Os maiores fatores de risco para osteoporose e fratura são sexo no feminino, baixa massa óssea, raça branca ou asiática, fratura anterior, idade avançada em ambos os sexos, história familiar de osteoporose ou fratura do colo do fêmur, menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada e uso de corticoides (BRASIL, 2007).

Segundo Fabrício et. Al (2004) no Brasil, registro-se 2.030 mortes por quedas no ano de 2000, na faixa de 60 anos ou mais. No Estado do Maranhão, houveram 98 internações de idosos nas macrorregionais em consequência de quedas, segundo informação da Secretaria de Saúde do Estado/MA.

Como medidas preventivas das quedas, fraturas e osteoporose é fundamental identificar os indivíduos idosos com risco de cair e seus respectivos fatores de risco, realizar avaliação clínica cuidadosa e apropriada e estabelecer um plano de intervenção e de educação para mudança de comportamentos individuais e coletivos. Neste contexto, estratégias adequadas de prevenção em todas as etapas do ciclo de vida para fazer frente a esse problema de saúde pública que atinge a população de nosso país, são prioritárias e de responsabilidade dos órgãos do Sistema Único de Saúde (LOURENÇO, 2013).



Diante destas considerações torna-se essencial ampliar os conhecimentos acerca das características epidemiológicas de quedas da terceira idade, a fim de contribuir para a avaliação da magnitude do fenômeno, e dessa forma, subsidiar o planejamento de ações preventivas que visem à redução desse importante agravo à sociedade.

A motivação para realizar este estudo surgiu por meio do conhecimento do grande número de idosos vítimas de quedas, da dificuldade na continuidade da assistência e por está sempre presente no atendimento de urgência do Brasil. Por conseguinte, observa-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a epidemiologia das quedas na terceira idade, evento traumático que embora pouco explorado, no município onde será realizado o estudo a epidemiologia é bastante considerada.

Os profissionais que atendem às vítimas de quedas estão em uma posição privilegiada para praticar ações educativas, por meio de contato diário com as vítimas estabilizadas e com as famílias e podem emitir informações e mensagens para evitar as recidivas. Nesse contexto, os profissionais de saúde em especial os enfermeiros tem importante papel de educador no processo saúde-doença e pode contribuir para desenvolvimento da prevenção de agravos por quedas e na assistência de qualidade sistematizada.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Elaborar e executar um plano de ação para redução de quedas na terceira idade no município de Lago da Pedra - MA

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- Facilitar a prática e a interação dos profissionais na assistência de qualidade ao cliente atendido na urgência e emergência;
- Orientar a população quanto aos riscos e consequências de quedas em idosos;
- Informar medidas preventivas para a redução desse agravo;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência de qualidade.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Envelhecimento**

O envelhecimento é um processo inerente a todo ser vivo, inicia-se após a maturidade sexual e finaliza-se com a morte. Conforme a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é um processo dinâmico, progressivo, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro próprio a todos os membros de uma espécie (BRASIL, 2006).

A organização mundial de saúde (OMS) define como idosas as pessoas com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos. A Política Nacional do Idoso do Brasil está em consonância com a OMS, e também define como idosa a pessoa de 60 anos ou mais (BRASIL, 2003).

O conceito de envelhecimento é tido por Santos (2003) como um processo que ocorre durante o curso de vida do ser humano, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte. São modificações, que envolvem varias dimensões, psicológicas, sociais e biológicas é que são mais ressaltadas na velhice, que é tida por Santos (2010) como a última fase do processo de envelhecer humano. Também é importante ressaltar que o envelhecimento pode ser visto na sua dimensão psicológica, em que o individuo deve adaptar as modificações que ocorrem no seu cotidiano com o passar dos anos.

Envelhecer é uma etapa natural do ciclo da vida que reduz a independência e qualidade de vida do idoso. Visando a redução da a progressão desses fatos, é necessário a adoção de medidas que englobem à prevenção e promoção da saúde, visto que esse grupo é tão fragilizado por questões inúmeras de suas próprias condições fisiológicas e patológicas (SPIRDUSO, 2005).

O envelhecimento da população é um dos grandes desafios da saúde pública atual. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida. Já nos países em desenvolvimento esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde para adequar e atender às novas demandas emergentes características do envelhecimento. As mudanças que têm ocorrido na sociedade ocasionam o surgimento de doenças próprias do envelhecimento, sendo cada vez mais frequentes,

causando uma demanda crescente por serviços de saúde e que consequentemente aumenta o número de internações hospitalares (CARVALHO, 2007).

De acordo com Kalache (2007), ressalta que as alterações estruturais e funcionais, assim como a existência de doenças sistêmicas predispõem os idosos a diversos acidentes, principalmente quando comparadas àquelas pessoas com grande reserva fisiológica. Apesar dos idosos sofrerem as mesmas lesões que indivíduos mais jovens, apresentam diferenças no que diz respeito à gravidade das lesões, a duração e ao resultado da evolução. A queda é o mecanismo de lesão mais frequente entre os idosos (40%) e suas consequências representam um grande problema para sua saúde.

Para Rebellato e Morelli (2007), o crescimento acelerado da população idosa fatalmente implicará consequências sérias que afetarão diretamente os serviços de assistência social e de saúde da população geriátrica. Diante deste quadro, torna-se inadiável a adoção de políticas sociais que atendam às necessidades básicas do idoso que estão sujeitos a desenvolver algum tipo de demência.

## **2.2 Quedas na terceira idade**

As condições do idoso podem ser agravadas por outras variáveis como é o caso das quedas, um dos problemas que vêm tomando grandes proporções como condição geriátrica e que provoca inúmeros agravamentos de saúde para a pessoa da terceira idade (MARIN et al, 2004). As quedas respondem por um terço das mortes por lesão no mundo, que são as lesões que tornam o idoso incapacitado, e levam a uma degeneração da condição física do indivíduo até o óbito (MENEZES; BACHION, 2012).

Segundo Brito et al., (2013) Kalache (2007) a definição de queda é: ir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, sendo incapaz de se estabilizar em tempo hábil, envolvendo vários fatores relativos a equilíbrio do indivíduo, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos. Esse acontecimento em pessoas com mais de 60 anos apresentam uma alta incidência e com agravamentos no estado de saúde, que muitas vezes já apresenta debilidade por uma doença ou relacionado ao próprio processo de senescência natural de todos os indivíduos.

De acordo com Rebelatto e Castro (2007), os idosos residentes em instituições de longa permanência - ILPIs, podem se apresentar mais fragilizados, com menores níveis de força, equilíbrio, flexibilidade, resistência física e terem maior probabilidade de sofrer quedas em decorrência desses fatores. Acrescentado a isso, na grande maioria das vezes, contam com espaço menor do que estavam acostumadas, e possuem regras para a realização das atividades. A ausência de atividades físicas e laborais, associada às múltiplas doenças e às limitações trazidas pelo envelhecimento, pode favorecer ainda mais a sua fragilidade e ocorrências de quedas.

Embora qualquer pessoa possa estar sujeita a cair, para o idoso, as consequências de uma queda podem ser ainda mais complicadas, devido a sua recuperação ser mais lenta e algumas vezes incompleta (LOJUDICE et al., 2010). Dentre os impactos causados no acidente por quedas: morbidade importante, declínio na capacidade funcional, hospitalização, consumo de serviços sociais de saúde e morte, merecem destaque. (MENEZES; BACHION, 2008).

Classificadas em fatores intrínsecos e extrínsecos, as causas de risco para quedas são multifatoriais, ou seja, de ordem interna ou externa ao próprio idoso (LOJUDICE et al., 2010.; RIBEIRO; SOUZA; SOUZA, 2008).

De acordo com Spirduso (2005), a queda ocorre por uma série de mudanças fisiológicas, podendo também estar associadas a processos patológicos. O envelhecer por si só provoca modificações no equilíbrio, postura e locomoção. No idoso o equilíbrio é reduzido, e devido a sua perda e a incapacidade de corrigir tal evento repentino, pode ocorrer à queda como consequência de tontura, desmaio ou superfícies irregulares, objetos no caminho, degraus e etc. Além disso, se o idoso apresentar doenças na coluna vertebral, estas podem promover um efeito degenerativo na postura, por exemplo, como na doença osteoporose

Postura é definida como o alinhamento de várias partes do corpo e é necessária para o ato de andar. A locomoção requer que o idoso, ao caminhar, transfira o centro de gravidade de um pé para o outro, ocorrendo de forma mais lenta pela própria condição do processo de envelhecimento, mas que não traz problema algum, só será considerado problema quando estiver acompanhada de uma patologia, ou de algum fator externo que possa favorecer a queda (SPIRDUSO, 2005).

### **2.3 Atendimento ao trauma/queda em urgência e emergência**

Atualmente é evidente o avanço no desenvolvimento dos países, inclusive o Brasil. Em decorrência disso há um aumento de responsabilidade dos estados e municípios mediante o processo da globalização (da tecnologia da informação, da comunicação e dos demais avanços econômicos, sociais e científicos), buscando ter como resultados a melhoria da qualidade de vida das pessoas e aumento da longevidade. Paralelo a isso há um aumento também da disseminação de agentes causais e de lesões nos indivíduos, ocasionados pelos meios de transporte, máquinas e equipamentos agrícolas e industriais (LADEIRA, 2006).

Assim, ainda de acordo com Ladeira (2006), os respectivos avanços e a melhoria da qualidade de vida permitem que as pessoas idosas possam adiar sua aposentadoria. Simultaneamente, comportamentos inadequados e/ou inseguros, por aumento da agressividade, stress e violência do ser humano, ameaçam os seus direitos de cidadania e de sobrevivência digna e respeitosa.

Para PHTLS (2007), as pessoas idosas podem dar continuidade ao ciclo da velhice acrescentando mais qualidade de vida aos seus anos, propiciando assim a manutenção da capacidade funcional, da independência, autonomia, respeito e dignidade. No entanto não se pode esquecer que a rotina diária também aumenta os riscos de exposição a fatores intrínsecos e extrínsecos que podem gerar traumas. Assim, a mortalidade por causas externas, vem aumentando consideravelmente e dentre essas causas podemos destacar os acidentes, as quedas, os traumas, a violência em todas as faixas etárias, incluindo nos últimos anos uma elevação na prevalência destas na população idosa.

O trauma hoje aparece como a quinta causa de morte em idosos, devido no processo de envelhecimento haver fatores específicos que favorecem o aumento destas taxas. A mortalidade é diretamente proporcional ao número de doenças preexistentes, pois com a progressão da idade são desencadeadas mudanças previsíveis, que podem ser identificadas em praticamente todos os sistemas corporais, com tendência à diminuição da reserva fisiológica (PHTLS, 2007).

Assim, em relação às consequências de um trauma estudos descrevem: “o evento traumático no indivíduo idoso repercute assustadoramente nos âmbitos coletivo e familiar, denotando altos custos, em termos econômicos e em termos de sofrimento ao qual se submete o indivíduo vitimado e, portanto deve ser cada vez mais alvo de estudos para a construção de

propostas de intervenção, que possam a médio e longo prazo reduzir a incidência e adequar o manejo desse importante problema de saúde pública (SOUSA; IGLESIAS, 2002.; LIMA; CAMPOS, 2011).

O Ministério da Saúde, através da Portaria 2048, propõe para o atendimento ao trauma a implantação nas unidades de atendimento de urgência e emergência, com acolhimento e triagem classificatória de risco. Tal processo deve ser realizado por profissional de saúde, com nível superior, capacitado mediante treinamento específico para utilização de protocolos pré-estabelecidos que tem como objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. (BRASIL, 2002).

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR – serve como instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência e emergência, atendimento rápido, resolutivo e humanizado. Em contra partida, exige uma reorganização dos processos de trabalho da equipe multiprofissional e uma ordenação do fluxo de pacientes que procuram as unidades de urgência e emergência. (BRASIL, 2002).

Com os objetivos de escutar qualificadamente o indivíduo que necessita do serviço de urgência/emergência; classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediatamente; construir os fluxogramas de atendimento considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde; funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, a equipe multiprofissional deve ser composta de enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários. (BRASIL, 2002).

## **2.4 Medidas Preventivas**

As medidas preventivas são de grande valia a respeito do tema, pois muitas das quedas são evitáveis. A prevenção se dá desde adaptações na casa, quanto a mudanças no estilo de vida do idoso. Deve-se proporcionar ao idoso um ambiente seguro e organizado.

Pode ser utilizado como práticas preventivas:

- O uso preferencial de rampas;
- Colocar em locais de fácil acesso objetos de usos frequente;
- Melhorar o suporte nutricional;

- Colocação de barras de seguranças, sempre que necessário, principalmente em banheiros e escadas;
- Avaliar órteses mal ajustadas ou sem manutenção.
- Correção de visão;
- Palestras educativas;
- Diagnóstico precoce de demências e fragilidade.

A prática de atividades terapêuticas é importante para manter o idoso o mais ativo possível, melhora o equilíbrio, coordenação motora, amplitude de movimento, força muscular, dessa forma postergando as quedas.

### **3 MÉTODO**

Lago da Pedra é um Município que possui 44.269 habitantes, dentre os quais 4.650 são pessoas idosas segundo o Sistema de Informação em Atenção Básica no ano de 2013. Destes idosos 2/3 sofreram quedas durante o ano de 2013, o que representa um número considerável visto que a estimativa é de 1/3 da população alvo.

**3.1 População alvo:** População em geral do município de Lago da Pedra- MA.

**3.2 Período:** O projeto será implantado a partir do dia 20 de Maio a 15 de agosto de 2014.

**3.3 Estratégias do Plano de ação:**

Para o desenvolvimento deste plano de ação será fundamental:

- Envolvimento da Secretaria Municipal de Saúde para a execução e realização das atividades que serão desenvolvidas
- Parceria com Secretaria de Educação, Organizações não-governamentais para um maior alcance das ações
- Inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde em todas as etapas do projeto

- Apoio publicitário para a divulgação do projeto e, por conseguinte a promoção de medidas preventivas para redução de quedas na terceira idade.

### **3.4 Organização e Planeamento:**

1º Passo: Divulgação do plano de ação em todos os meios de comunicação existentes, com organização de material como, folders, cartazes e cartilhas sobre Medidas preventivas para redução de quedas na terceira idade.

2º Passo: Identificação da população de risco através dos Agentes Comunitários de Saúde

3º Passo: Envolvimento da equipe multiprofissional para o desenvolvimento da assistência

### **3.5 Atividades a serem desenvolvidas:**

- Formação de grupos de apoio à população de risco com a participação dos familiares durante as orientações;
- Criação de grupos de discussão em educação em saúde antes da consulta ambulatorial incentivando a adoção de medidas preventivas, proporcionando troca de experiências
- Visita domiciliar semanal ou conforme a necessidade ao idoso, a fim de identificar precocemente e reverter situações que possam levar ao trauma.
- Acompanhamento dos idosos, familiares quanto aos cuidados diários;
- Realização de dinâmicas, peças teatrais, para aconselhamento, motivação e esclarecimento;
- Organização de estudos de caso e grupo de debates com a equipe multiprofissional sobre Quedas na Terceira idade.
- Distribuição de panfletos em locais estratégicos na cidade;
- Palestras nas escolas, sensibilizando desde a criança ao adulto da necessidade do idoso de acompanhamento e medidas preventivas para redução de quedas.



### 3.6 Competência

<b>EQUIPE EXECUTORA</b>	<b>FUNÇÃO</b>
Coordenadora: Patrícia Helen Abreu Silva	Execução e Avaliação do plano em todas as fases.  Palestrante, acompanhamento ambulatorial e domiciliar.
Secretaria Municipal de Saúde e Educação de Lago da Pedra – MA	Apoio com recursos didáticos;  Apoio com recursos materiais e humanos.

### 3.7 Sistema de Controle

- Avaliação do uso de medidas preventivas pela população alvo;
- Análise do quantitativo de idosos que reconhecem situações de risco para quedas
- Avaliação mensal dos idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família;
- Relatório semanal dos idosos que deram entrada na unidade hospitalar e motivo de entrada.

### 3.8 Impactos Gerados

A partir da realização deste projeto temos como alvo principal a efetiva melhora da qualidade de vida dos idosos através da criação de vínculos e educação continuada, da população em geral, familiares e profissionais de saúde, facilitando a adesão de medidas preventivas, o diagnóstico e o tratamento adequado e em tempo oportuno, das possíveis intercorrências relacionadas à queda na terceira idade, a fim de que o idoso possa usufruir dos inúmeros benefícios que as ações de prevenção podem oferecer. O envolvimento da sociedade de forma geral proporcionará significativa redução das altas taxas de atendimentos e internação em decorrência desse agravo.

### 3.9 Considerações Éticas

Por se tratar de uma pesquisa de Tecnologia produzida e não terá contato direto com o paciente em relação à entrevista, não será necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE do público alvo.

Haverá a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo-se de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar, que por não se tratar de pesquisa com seres humanos o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos, bem como descrições sobre as situações assistenciais, apenas a tecnologia produzida.

### 4 CRONOGRAMA

ATIVIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO
Levantamento e atualização bibliográfica	X	X						
Elaboração do Plano de Ação			X	X				
Envio para aprovação na coordenação do curso				X	X			
Reunião com equipe e parcerias institucionais					X			
Apresentação da proposta aos diretores dos Centros de Saúde e equipe do NASF					X			
Apresentação da proposta a equipe multiprofissional					X			
Divulgação/mobilização						X	X	
Execução do plano						X	X	X

## 5 PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA/ FINANCIAMENTO

<b>MATERIAL DIDÁTICO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR</b>	<b>PARCERIA</b>
Canetas	20	20,00	Secretaria de Saúde
Data show	01	1100,00	Secretaria de Saúde
Impressão de cartilha, folders, cartazes	15.000	11.230,00	Secretaria de Saúde
<b>LOCAL E EQUIPAMENTO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR</b>	<b>PARCERIA</b>
Local	Pontos estratégicos da cidade	-	Via Pública, Unidades Básicas de Saúde e Hospital Professor Serra de Castro
Caixa amplificada com Microfone	01	-	Associação de Moradores do bairro Vila Rocha , Igreja Evangélica e católica
<b>TOTAL</b>		12.350,00	

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como já exposto anteriormente, as quedas ocorrem pela combinação de vários fatores, sendo frequentes na população idosa e determinam complicações que alteram de forma negativa a qualidade de vida desse grupo.

A Política Nacional de Saúde do Idoso propõe uma conscientização da população de forma geral, incluído o próprio idoso, para a adoção de medidas que reduzam o risco de quedas, com o objetivo de permitir um envelhecimento saudável com permanência do idoso no seio familiar com capacidade funcional preservada.

Torna-se de grande relevância a proposta de um Plano de Ação a cerca deste tema, visto que ainda é grande o número de internações e complicações advindas desse agravo na população idosa.

Esperamos reduzir o número de idosos que sofrem quedas, bem como proporcionar de maneira objetiva um envelhecimento saudável conforme a Política Nacional de Saúde do Idoso propõe.

Acreditamos que o presente trabalho contribui como um marco no avanço das Políticas Públicas voltadas para o Idoso em nosso Município, e que trará consideravelmente resultados positivos para a saúde na terceira idade.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento e Saúde.** Caderno de Atenção Básica nº 19. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006

\_\_\_\_\_. Lei Nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003. **Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde.** – 1. ed., 2.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012** – Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Data SUS. **Internações segundo Macrorregião.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em 01/04/2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS; 2007.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002.** Regulamenta tecnicamente as urgências e emergências no Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2002.

BRITO, T.A et al. Quedas e Capacidade Funcional em idoso longevos residentes em comunidade. **Texto Contexto Enferm.** v.22, n.1, p.3-51, jan./mar. Florianópolis, 2013.

CARVALHO, A.C.S. **Necessidades de saúde na perspectiva do idoso acometido de queda em domicílio: contribuições para enfermagem.** 2007 122f. Dissertação (Programa de Pós-graduação- Mestrado de enfermagem)- UNIRIO. Rio de Janeiro, 2007.

CANDELORO, J.M.; SILVA R.R.S. **Proposta de protocolo hidroterapêutico para fraturas de fêmur na terceira idade.** 2013 10f. Monografia (Pós Graduação Latu Sensu em Hidroterapia) - Universidade Bandeirante de São Paulo. São Paulo, 2013.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007.

FABRICIO SCC, RODRIGUES RAP, COSTA JÚNIOR ML. **Causas e Consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público.** Rev. Saúde. Pública 2004; 38 (1): 93-9.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. **Cad. Saúde Pública.** v.23, n.10, p.2503-05 2007.

LADEIRA, R.M. **Epidemiologia do trauma.** In: Pires MTB, Sizenando VS. Manual de urgências em pronto-socorro. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 920-33.

LIMA, R.S.; CAMPUS, M.L.P. Perfil da idosa vítima de trauma atendido em uma unidade de Urgência e Emergência. **Rev Esc Enferm USP.** v.45, n.3, p.659-64, 2011.

LOURENÇO, T.S. **Fatores ambientais de risco para quedas em idosos.** 2010 46. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília. Ceilândia, 2013.

LOJUDICE, D.C et al. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v.13, n.3, p.403-12, 2010.

MARIN, M.J.S et al. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem "risco de quedas" entre idosos. **Rev. bras. enferm.** v.57, n.5, p.560-564, 2004.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Estudo da presença de fatores de risco intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.13, n.7, p.1209-18. 2008.

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. Ocorrência de quedas e seu contexto num seguimento de dois anos em idosos institucionalizados. **Rev. Eletr. Enf.** v.14, n.3, p. 550-8, 2012.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). Comitê do PHTLS. Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado.** 6ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

OLIVEIRA, LG. **Osteoporose:** guia para diagnóstico, prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

REBELATTO, J.R.; CASTRO, A.P.; CHAN, A. Quedas em idosos institucionalizados: Características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. **Acta Ortop Bras.** v.15, n.3, p.151-4, 2007.

RIBEIRO, A.P et al. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.13, n.4, p.1265-73. 2008.

SANTOS, S.S.C. Gerontologia e os pressupostos de Edgar. MorinGerontology and the Edgar Morin presuppositions. **Textos Envelhecimento.** v. 16, n.2, p.77-91, 2003.

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev Bras Enferm.** v. 63,n.6, p.1035-9, nov.-dez, 2010.

SOUZA, A.C.A. **Quedas no Idoso.** In: Terra, NL, organizador. Entendendo as queixas do idoso. Porto alegre: Edipucrs; 2003. p 379-401.

SOUZA, J.A.G.; IGLESIAS, A.C.R.G. Trauma no idoso. **Rev Assoc Med Bras.** v.48, n.1, p.79-86, 2002.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões Físicas do Envelhecimento.** São Paulo: Manole, 2005.

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento em Saúde:** Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.